

治癒証明書（登校許可）

昭和薬科大学附属中学校・高等学校
学 校 長 殿

中学 ・ 高校 _____ 年 _____ 組 _____ 番

生徒氏名 _____ 男 ・ 女

上記の生徒は

_____ 月 _____ 日から _____ のため治療中でしたが

_____ 月 _____ 日治癒しましたので、登校を認めます。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名

医師名

印